

KEPERAWATAN DEGENERATIF

ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN

GANGGUAN PENDENGARAN



Oleh : Linda Widyarani, S.Kep., Ns., M.Kep

Learning Objective :

- Perubahan indera **pendengaran** pada lansia
- **Gangguan pendengaran** pada lansia
- Asuhan keperawatan pada lansia dengan **gangguan pendengaran**



Perubahan Indera Pendengaran pada Lansia

- **Telinga sebagai organ pendengaran, terbagi dalam 3 bagian, yaitu telinga luar, tengah dan dalam.**



Perubahan Indera Pendengaran pada Lansia

Perubahan pada **TELINGA LUAR**

- Kulit telinga berkurang elastisitasnya, bentuk dan ukuran juga berubah.
- Lobus mengalami pengeriputan, aurikel tampak lebih besar dan tragus sering ditutupi oleh rumbai-rumbai rambut yang kasar.
- Saluran auditorius menjadi dangkal akibat lipatan ke dalam
- Pada dindingnya, silia menjadi lebih kaku dan kasar
- Produksi serumen agak berkurang dan cenderung menjadi lebih kering.

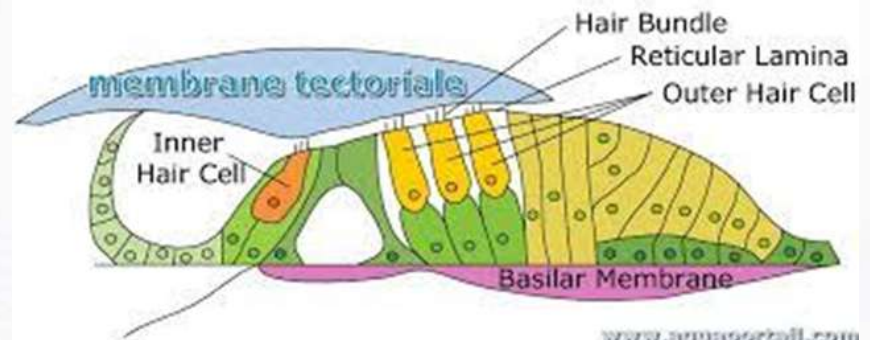
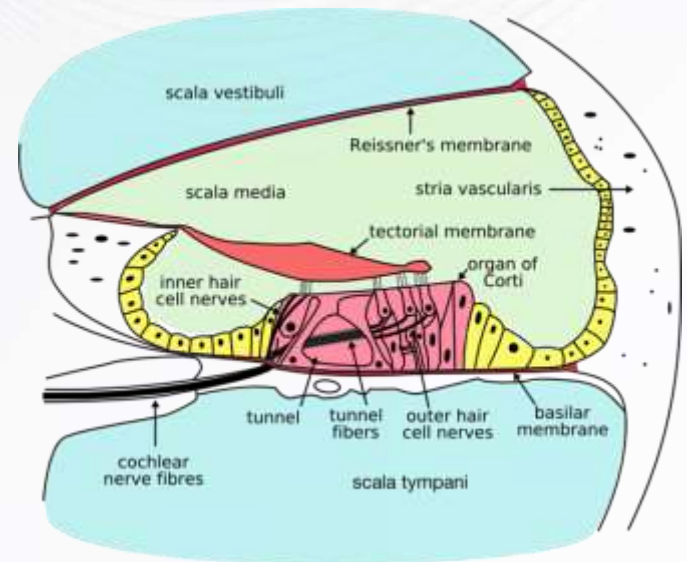
Perubahan pada **TELINGA TENGAH**

- Membran timpani terjadi atrofi, lebih tipis dan kaku
- Tulang-tulang pendengaran yaitu incus, stapes dan maleus menjadi kaku.

Perubahan Indera Pendengaran pada Lansia

Perubahan pada **TELINGA DALAM**

- **Penurunan suplai darah ke koklea**
- **Hilangnya sel-sel rambut**
- **Penurunan produksi endolimfe**
- **Penurunan fleksibilitas membran basilar**
- **Degenerasi sel ganglion spiral**
- **Hilangnya neuron di inti koklea**



Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Pendengaran

PENGAJIAN KEPERAWATAN

Pengkajian keperawatan pada lansia dengan gangguan pendengaran antara lain:

- a. Faktor-faktor apa saja yang mengganggu kesehatan pendengaran**
- b. Penurunan tingkat pendengaran yang paling aktual**
- c. Dampak dari setiap penurunan pendengaran terhadap keselamatan dan kualitas hidup pasien**
- d. Kesempatan untuk memperbaiki kesehatan pendengaran**
- e. Hambatan untuk menerapkan intervensi keperawatan**

Pengkajian keperawatan pada lansia dengan gangguan pendengaran dapat dilakukan dengan wawancara, pengamatan serta melakukan tes pendengaran.

Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Pendengaran

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Pengkajian keperawatan pada lansia dengan gangguan pendengaran dengan metode wawancara, antara lain:

- a. Perbandingan masa kini dan masa lalu tentang kualitas pendengaran pasien
- b. Sejauh mana pasien menyadari adanya penurunan pendengaran
- c. Dampak psikososial dari adanya penurunan pendengaran
- d. Bagaimana pasien menyikapi kondisinya itu.

WAWANCARA

Wawancara untuk menilai pendengaran bisa dimulai dengan pertanyaan **tentang riwayat keluarga pasien perihal kesehatan pendengaran.**

Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Pendengaran

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

OBSERVASI

Perawat dapat mengamati selama diskusi berlangsung apakah daya dengar pasien cukup memadai atau ada masalah. Jika pasien tidak memulai diskusi dengan menyampaikan secara langsung masalah pendengarannya, perawat dapat mengajukan pertanyaan secara langsung tentang penurunan pendengaran ia rasakan secara langsung.

Tidak jarang pasien akan menyangkal bahwa mereka memiliki masalah pendengaran. Perawat bisa mengamati perilaku pasien untuk menilai baik tidaknya pendengaran pasien bekerja.

Perawat melakukan observasi saat melakukan tes dg alat bantu dengar, observasi kenyamanan pasien saat menggunakan alat bantu dengar tsb, apakah pasien nampak nyaman atau justru terganggu.

Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Pendengaran

PENGAJIAN KEPERAWATAN

PEMERIKSAAN FISIK

Perawat menilai pendengaran dengan menggunakan otoskop untuk memeriksa telinga pasien. Tujuan dari pemeriksaan otoskop adalah untuk mengidentifikasi bagian telinga yang terkena dampak gangguan.

Perawat juga menilai pendengaran dengan menggunakan garputala untuk memeriksa pendengaran pasien. Tujuan dari pemeriksaan garputala adalah untuk mendeteksi gangguan pendengaran dan untuk mengamati sensitivitas sarafnya dalam menerima rangsangan.

Perawat dalam melakukan rujukan ke dokter spesialis apabila proses pemeriksaan membutuhkan intervensi lebih lanjut dan detail.

Asuhan Kepetawatan pada Lansia dengan Gangguan Pendengaran : Presbiakusis

DEFINISI PRESBIAKUSIS

- **Prebikusis atau presbiakusis atau tuli pada orangtua diartikan sebagai gangguan pendengaran sensorineural pada individu yang lebih tua.**
- **Presbiakusis menyebabkan gangguan pendengaran bilateral terhadap frekuensi tinggi yang dihubungkan dengan kesulitan mendiskriminasikan kata-kata, dan juga gangguan terhadap pusat pengolah informasi pada saraf auditorik, bersifat progresif lambat.**

MANIFESTASI KLINIK PRESBIAKUSIS

- **Berkurangnya pendengaran secara perlahan dan progresif perlahan pada kedua telinga dan tidak didasari oleh penderita**
- **Suara-suara terdengar seperti bergumam, shg mereka sulit untuk mengerti pembicaraan**
- **Sulit mendengar pembicaraan di sekitar, terutama jika berada di tempat dengan latar belakang suara yang ramai**
- **Suara berfrekuensi rendah seperti suara laki-laki, lebih mudah didengar daripada suara berfrekuensi tinggi**
- **Bila intensitas suara ditinggikan akan timbul rasa nyeri di telinga. Telinga terdengar berdenging (tinnitus)**

Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Pendengaran : Presbiakusis

DIAGNOSA KEPERAWATAN

- 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologi) ditandai dengan pasien melaporkan nyeri secara verbal atau non verbal, ekspresi wajah meringis**
- 2. Gangguan persepsi sensori pendengaran berhubungan dengan perubahan persepsi sensori ditandai dengan pasien mengatakan pendengaran berkurang**
- 3. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan perubahan sistem pendengaran**
- 4. Risiko jatuh dengan faktor risiko kesulitan pendengaran**
- 5. Risiko infeksi dengan faktor risiko prosedur invasif**

Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Pendengaran

INTERVENSI KEPERAWATAN

<p>Gangguan persepsi sensori pendengaran berhubungan dengan perubahan persepsi sensori ditandai dengan klien mengatakan pendengaran berkurang.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x 24 jam persepsi sensori: pendengaran adekuat dengan kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien dapat menginterpretasikan ide yang dikomunikasikan oleh orang lain secara benar- Klien mengkompensasi defisit sensori dengan memaksimalkan indra yang tidak rusak.	<p>Peningkatan komunikasi: Defisit Pendengaran (Communication Enhancement: Hearing Deficit)</p> <ul style="list-style-type: none">- Fasilitasi perlengkapan untuk pemeriksaan pendengaran sesuai kebutuhan.- Fasilitasi penggunaan alat bantu dengar sesuai kebutuhan.- Ajarkan kepada klien bahwa suara akan terdengar berbeda dengan menggunakan alat bantu dengar.- Jaga kebersihan alat bantu dengar.- Cek alat bantu dengar secara rutin.- Berikan arahan yang sederhana dalam satu waktu.
--	---	---

Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Pendengaran

INTERVENSI KEPERAWATAN

- Hindari berteriak pada klien dengan gangguan komunikasi.
- Berbicara dengan melihat wajah klien langsung, pelan, jelas dan singkat.
- Gunakan kata-kata yang simpel dan kalimat pendek sesuai kebutuhan.
- Tinggikan volume suara jika diperlukan.
- Tarik perhatian klien dengan sentuhan.
- Jangan menutupi mulut, merokok, berbicara dengan mulut terbuka lebar, atau mengunyah permen karet ketika berbicara.
- Gunakan kertas, pensil atau komputer untuk komunikasi sesuai kebutuhan.

KEPERAWATAN DEGENERATIF

ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN

GANGGUAN PENGLIHATAN



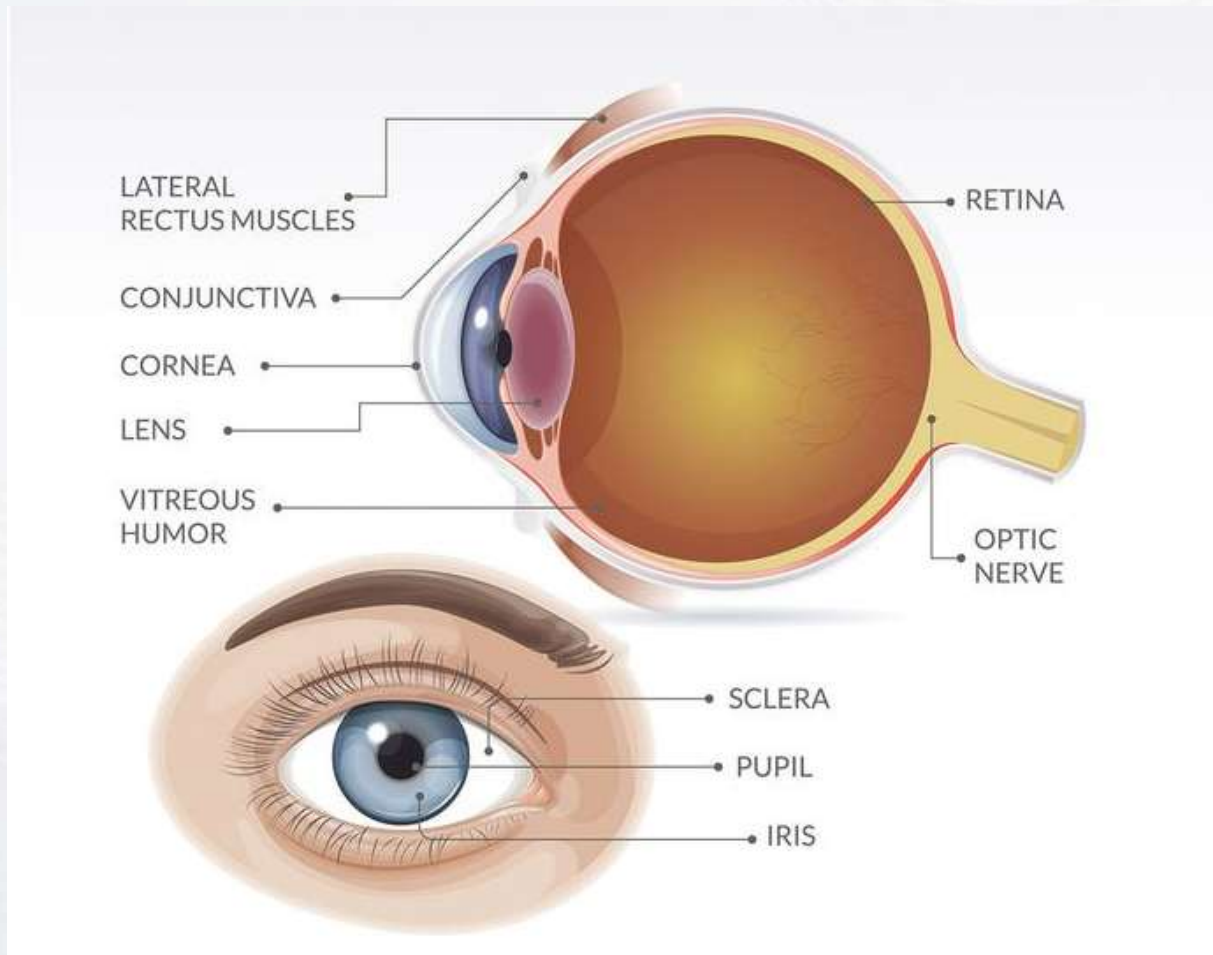
Oleh : Linda Widyarani, S.Kep., Ns., M.Kep

Learning Objective :

- Perubahan indera **penglihatan** pada lansia
- **Gangguan penglihatan** pada lansia
- Asuhan keperawatan pada lansia dengan **gangguan penglihatan**



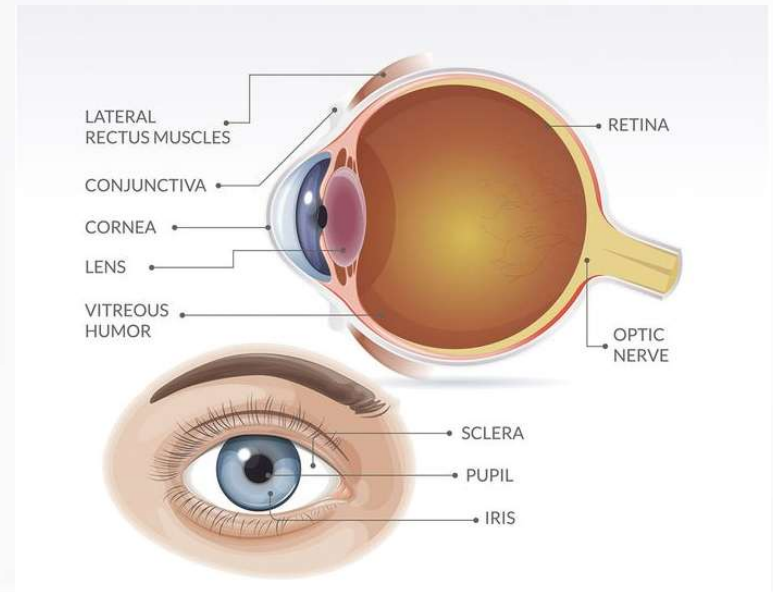
Perubahan Indera Penglihatan pada Lansia



Perubahan Indera Penglihatan pada Lansia

PERUBAHAN PADA MATA DAN SALURAN AIR MATA

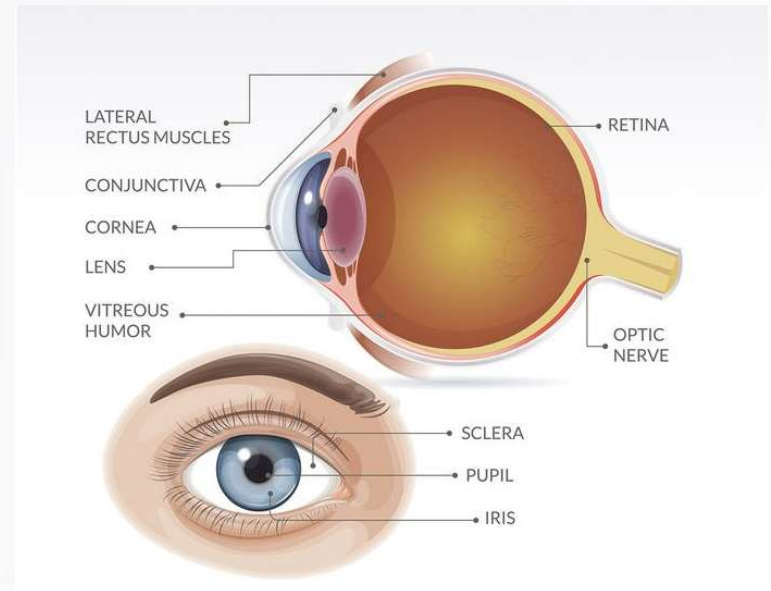
- **Kehilangan lemak orbital, keriput, penurunan elastisitas otot kelopak mata dan akumulasi pigmen gelap di sekitar mata. Perubahan tersebut menyebabkan mata cekung.**
- **Kejernihan kornea berkurang, sklera menguning dan keputaran pigmen di iris.**
- **Produksi air mata berkurang menyebabkan sindrom mata kering dan fotosensitivitas.**



Perubahan Indera Penglihatan pada Lansia

PERUBAHAN PADA MATA DAN SALURAN AIR MATA

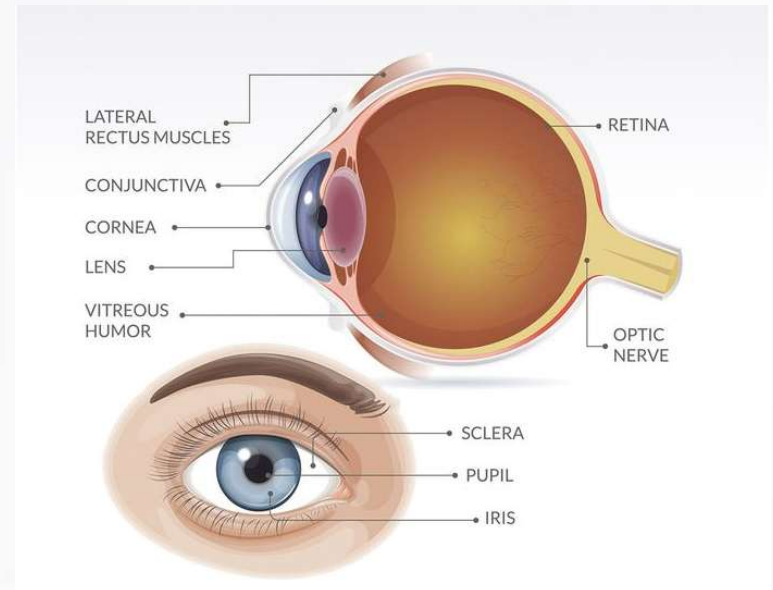
- **Adanya perkembangan cincin kuning atau abu-abu putih antara iris dan sklera, yang terjadi akibat adanya akumulasi lipid di bagian luar kornea. Kondisi ini disebut arcus senilis.**
- **Kornea adalah penutup tembus pandang di mata yang berfungsi membiaskan sinar cahaya dan memberikan 65-75% fokus kekuatan mata. Seiring bertambahnya usia, kornea menjadi buram dan kuning, mengganggu arus cahaya ke retina.**



Perubahan Indera Penglihatan pada Lansia

PERUBAHAN PADA MATA DAN SALURAN AIR MATA

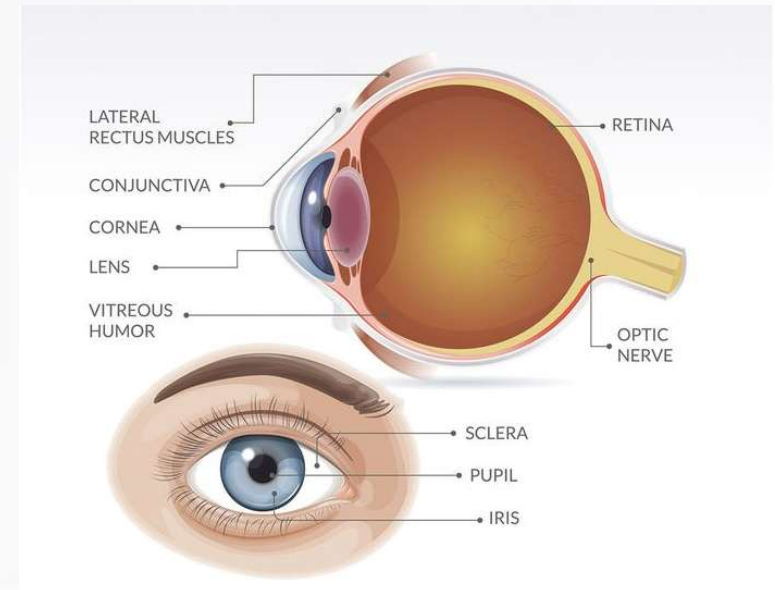
- **Perubahan kornea lainnya, seperti akumulasi deposit lipid, bisa menyebabkan peningkatan penyebaran cahaya dan menimbulkan efek kabur pada penglihatan.**
- **Lensa mata menjadi lebih kaku, lebih padat dan lebih buram.**
- **Iris menjadi sklerotik dan kaku serta menyebabkan pupil mengecil.**



Perubahan Indera Penglihatan pada Lansia

PERUBAHAN PADA MATA DAN SALURAN AIR MATA

- **Berkurangnya sekresi aqueous humor shg mengganggu pembersihan lensa dan kornea.**
- **Penurunan daya akomodasi (presbiopia)**
- **Ketajaman mata berkurang, ketajaman ini dinilai dengan kartu snellen**
- **Adaptasi gelap dan terang melambat**
- **Meningkatnya sensitivitas pada cahaya terang**



Asuhan KEPETAWATAN pada Lansia dengan Gangguan Penglihatan : Katarak

Definisi Penyakit Katarak

- **Katarak adalah kekeruhan yang terjadi pada lensa mata akibat hidrasi, dan atau denaturasi protein lensa.**
- **Katarak dapat menyerang kedua mata dan berjalan progresif.**
- **Katarak menyebabkan penderita tidak bisa melihat dg jelas karena lensa yang keruh, shg cahaya sulit mencapai retina dan akan menghasilkan bayangan yang kabur pada retina.**

Manifestasi Klinik Penyakit Katarak

- **Penglihatan tidak jelas, seperti terdapat kabut menghalangi objek**
- **Peka terhadap sinar/cahaya**
- **Dapat melihat double pada satu mata**
- **Perlu pencahayaan yang terang untuk dapat membaca**
- **Lensa mata berubah menjadi buram seperti kaca susu**

Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Penglihatan : Katarak

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Pengkajian Pre Operatif

Subjektif : Keluhan Penglihatan

- 1. Kabur secara total**
- 2. Hanya melihat baik baik pada tempat yang redup**
- 3. Hanya dapat melihat rangsangan cahaya saja**
- 4. Ganda/majemuk pada satu mata**

Objektif :

- 1. Tidak terdapat tanda-tanda peradangan**
- 2. Pada pemeriksaan penyinaran lensa, tanpa kelabu atau kekeruhan yang memutih**
- 3. Pada pemeriksaan optalmoskop pada jarak tertentu didapatkan kekeruhan yang berwarna hitam dg latar belakang berwarna merah**
- 4. Pada pemeriksaan refraksi meningkat. Pada penderita yang tadinya menderita presbiopia kemudian menderita katarak, pada stadium awal dpt membaca tanpa menggunakan kacamata baca**
- 5. Observasi terjadinya tanda-tanda glaukoma karena komplikasi katarak, tersering adalah glaukoma seperti adanya rasa nyeri karena peningkatan TIO, kelainan lapang pandang.**

Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Penglihatan : Katarak

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Pengkajian Post Operatif

Subjektif : Keluhan Penglihatan

- 1. Nyeri**
- 2. Mual**
- 3. Diaporesis**
- 4. Riwayat jatuh sebelumnya**
- 5. Sistem pendukung, lingkungan rumah**

Objektif :

- 1. Perubahan tanda-tanda vital**
- 2. Respon yang lazim terhadap nyeri**
- 3. Ketajaman penglihatan masing-masing mata**
- 4. Tanda-tanda infeksi : Kemerahan, edema, infeksi konjungtiva (pembuluh darah konjungtiva menonjol, drainase pada kelopak mata dan bulu mata, zat purulen, peningkatan suhu, nilai-nilai laboratorium**

Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Penglihatan

Diagnosa Keperawatan

pre Operatif

1. Gangguan persepsi sensori visual/penglihatan berhubungan dengan penurunan ketajaman penglihatan, penglihatan ganda.

Tujuan: gangguan persepsi sensori teratasi.

Kriteria hasil:

- a. Dengan penglihatan yang terbatas klien mampu melihat lingkungan semaksimal mungkin.
- b. Mengenal perubahan stimulus yang positif dan negative
- c. Mengidentifikasi kebiasaan lingkungan.

Intervensi	Rasional
1. Orientasikan pasien terhadap lingkungan aktifitas.	1. Memperkenalkan pada pasien tentang lingkungan dan aktifitas sehingga dapat meninggalkan stimulus penglihatan.
2. Bedakan kemampuan lapang pandang diantara kedua mata	2. Menentukan kemampuan lapang pandang tiap mata
3. Observasi tanda disorientasi dengan tetap berada di sisi pasien.	3. Mengurangi ketakutan pasien dan meningkatkan stimulus.
4. Dorong klien untuk melakukan aktivitas sederhana seperti menonton TV, radio, dll.	4. Meningkatkan input sensori, dan mempertahankan perasaan normal, tanpa meningkatkan stress.
5. Anjurkan pasien menggunakan kacamata katarak, cegah lapang pandang perifer dan catat terjadinya bintik buta.	5. Menurunkan penglihatan perifer dan gerakan.
6. Posisi pintu harus tertutup terbuka, jauhkan rintangan.	6. Menurunkan penglihatan perifer dan gerakan.

Asuhan KEPETAWATAN pada Lansia dengan Gangguan Penglihatan

Post Operatif

1. Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan prosedur invasive.

Tujuan: nyeri teratasi

Kriteria hasil: klien melaporkan penurunan nyeri secara progresif dan nyeri terkontrol setelah intervensi.

Intervensi	Rasional
1. Bantu klien dalam mengidentifikasi tindakan penghilangan nyeri yang efektif.	1. Membantu pasien menemukan tindakan yang dapat menghilangkan atau mengurangi nyeri yang efektif.
2. Jelaskan bahwa nyeri dapat terjadi sampai beberapa jam setelah pembedahan.	2. Nyeri dapat terjadi sampai anastesi local habis, memahami hal ini dapat membantu mengurangi kecemasan yang berhubungan dengan yang tidak diperkirakan.
3. Lakukan tindakan mengurangi nyeri dengan cara: a) Posisi: tinggikan bagian kepala tempat tidur, ganti posisi dan tidur, ganti posisi dan tidur pada sisi yang tidak dioperasi b) Distraksi c) Latihan relaksasi	3. Latihan nyeri dengan menggunakan tindakan yang non farmakologi memungkinkan klien untuk memperoleh rasa kontrol terhadap nyeri.
4. Berikan obat analgetik sesuai program	4. Analgesik dapat menghambat reseptor nyeri.
5. Laporkan jika nyeri tidak hilang setelah ½ jam pemberian obat, jika nyeri disertai mual.	5. Tanda ini menunjukkan peningkatan tekanan intra okular atau komplikasi lain.

Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Penglihatan

Resiko tinggi terjadinya infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (bedah pengangkatan).

Tujuan: infeksi tidak terjadi

Kriteria hasil:

- a. Tanda-tanda infeksi tidak terjadi
- b. Penyembuhan luka tepat waktu
- c. Bebas drainase purulen, eritema, dan demam

Intervensi	Rasional
1. Tingkatkan penyembuhan luka dengan: a) Beri dorongan untuk mengikuti diet seimbang dan asupan cairan yang adekuat b) Instruksikan klien untuk tetap menutup mata sampai hari pertama setelah operasi atau sampai diberitahukan.	1. Nutrisi dan hidrasi yang optimal meningkatkan kesehatan secara keseluruhan, meningkatkan penyembuhan luka pembedahan.
2. Gunakan tehnik aseptik untuk meneteskan tetes mata: a) Cuci tangan sebelum memulai b) Pegang alat penetes agak jauh dari mata. c) Ketika meneteskan hindari kontak antara mata dengan tetesan dan alat penetes.	2. Memakai pelindung mata meningkatkan penyembuhan dan menurunkan kekuatan iritasi kelopak mata terhadap jahitan luka.
3. Gunakan tehnik aseptik untuk membersihkan mata dari dalam ke luar dengan tisu basah/bola kapas untuk tiap usapan, ganti balutan dan memasukan lensa bila menggunakan.	3. Tehnik aseptik meminimalkan masuknya mikroorganisme dan mengurangi infeksi
4. Tekankan pentingnya tidak menyentuh/menggaruk mata yang dioperasi.	4. Tehnik aseptik menurunkan resiko penyebaran infeksi/bakteri dan kontaminasi silang.
5. Observasi tanda dan gejala infeksi seperti: kemerahan, kelopak mata bengkak, drainase purulen, injeksi konjunktiva (pembuluh darah menonjol), peningkatan suhu.	5. Mencegah kontaminasi dan kerusakan sisi operasi.
6. Anjurkan untuk mencegah ketegangan pada jahitan dengan cara: menggunakan kacamata protektif dan pelindung mata pada malam hari.	6. Deteksi dini infeksi memungkinkan penanganan yang cepat untuk meminimalkan keseriusan infeksi.
7. Kolaborasi obat sesuai indikasi: a) Antibiotika (topical, parental atau sub-conjunctiva) b) Steroid	7. Sediaan topical digunakan secara profilaksis, dimana terapi lebih agresif diperlukan bila terjadi infeksi Menurunkan inflamasi

Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Penglihatan

Gangguan sensori - perceptual: penglihatan berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori/status organ indera, lingkungan secara terapeutik dibatasi, ditandai dengan:

- a. Menurunnya ketajaman, gangguan penglihatan.
- b. Perubahan respon biasanya terhadap rangsang.

Hasilnya yang diharapkan:

- a. Meningkatkan ketajaman penglihatan dalam batas situasi individu
- b. Mengenal gangguan sensori dan berkompensasi terhadap perubahan

Intervensi	Rasional
1. tentukan ketajaman penglihatan, catat apakah satu atau kedua mata terlibat	1. Kebutuhan individu dan pilihan intervensi dan pilihan intervensi bervariasi sebab kehilangan penglihatan terjadi lambat dan progresif.
2. orientasi pasien terhadap lingkungan, staf/orang lain di area	2. Memberikan peningkatan kenyamanan dan kekeluargaan, menurunkan cemas dan disorientasi pasca operasi.
3. observasi tanda-tanda dan gejala-gejala disorientasi, pertahankan pengamanan tempat tidur sampai benar-benar sembuh dari anestesia.	3. Terbangun dalam lingkungan yang tak dikenal dan mengalami keterbatasan penglihatan dapat mengakibatkan bingung pada orangtua.
4. ingatkan klien menggunakan kacamata katarak yang tujuannya memperbesar \pm 25%, penglihatan perifer hilang.	4. Perubahan ketajaman dan kedalaman persepsi dapat menyebabkan bingung/meningkatkan resiko cedera sampai pasien belajar untuk mengkompensasi.

Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Penglihatan

Kurang pengetahuan tentang kondisi prognosis pengobatan berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi, ditandai dengan klien kurang mengikuti instruksi, sering bertanya terjadi komplikasi yang dapat dicegah.

Tujuan: Setelah diberikan tindakan keperawatan berupa HE diharapkan klien mengerti dengan kondisi, prognosis, dan pengobatan.

Kriteria hasil:

- a. Dapat melakukan perawatan dengan prosedur yang benar
- b. Dapat menyembuhkan kembali apa yang telah dijelaskan

Intervensi	Rasional
<ol style="list-style-type: none">1. Kaji informasi tentang kondisi individu prognosis tipe prosedur, tipe prosedur lensa.2. Tekankan pentingnya evaluasi perawatan. Beritahu untuk melaporkan penglihatan berawan.	<ol style="list-style-type: none">1. Meningkatkan pemahaman dan kerjasama dengan program pasca operasi2. Pengawasan periodic menurunkan resiko komplikasi serius.

Asuhan KEPETAWATAN pada Lansia dengan Gangguan Penglihatan

Intervensi	Rasional
<p>3. Informasikan kepada klien untuk menghindari tetes mata yang dijual bebas.</p> <p>4. Dorong pemasukan cairan yang adekuat, makan tersedat.</p> <p>5. Anjurkan klien untuk menghindari membaca, berkedip, mengangkat yang berat, mengejar saat defekasi, membongkok pada panggul, meniup hidung penggunaan spray, bedak bubuk, merokok.</p>	<p>3. Dapat bereaksi silang/campur dengan obat yang diberikan.</p> <p>4. Memertahankan konsistensi faeces untuk menghindari mencejan</p> <p>5. Aktifitas yang menyebabkan mata lelah tegang, manuver valsava atau meningkatkan TID dapat mempengaruhi hasil operasi dan mencetuskan perdarahan.</p> <p><i>Catatan:</i> iritasi pernapasan yang menyebabkan batuk/bersih dapat meningkatkan TID.</p>

KEPERAWATAN DEGENERATIF

ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN

GANGGUAN PENCERNAAN : GASTRITIS



Oleh : Linda Widyarani, S.Kep., Ns., M.Kep

Asuhan KEPETAWATAN pada Lansia dengan Gangguan Pencernaan : Gastritis

Definisi Penyakit Gastritis

Gastritis adalah inflamasi dari mukosa lambung. Gastritis adalah inflamasi pada dinding gaster terutama pada lapisan mukosa gaster.

Manifestasi Klinik Penyakit Gastritis

- **Gastritis bakterialis. Dapat ditandai dengan adanya demam, sakit kepala dan kejang otot.**
- **Gastritis karena stress akut. Merasa tidak enak pada perut bagian atas, setelah mengalami cedera timbul memar kecil dalam lapisan lambung, dalam beberapa jam memar ini bisa berubah menjadi ulkus. Ulkus dan gastritis bisa menghilang bila penderita sembuh dengan cepat dari cederanya. Jika terjadi perdarahan, dapat menyebabkan melena, penurunan tekanan darah.**
- **Gastritis erosive kronik. Gejala berupa mual ringan dan nyeri di perut sebelah atas, perdarahan dari ulkus lambung menyebabkan tinja berwarna hitam, muntah darah atau makanan yang sudah dicerna yang menyerupai endapan kopi.**
- **Gastritis eosinofik. Gejalanya berupa nyeri akut dan muntah bisa disebabkan penyempitan/penyumbatan ujung saluran lambung yang menuju usus 12 jari.**
- **Penyakit meirena. Gejala yang sering ditemukan adalah nyeri lambung. Hilangnya nafsu makan, mual, muntah dan penurunan berat badan. Tidak pernah terjadi perdarahan lambung.**

Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Pencernaan : Gastritis

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

- **Keluhan utama : adanya rasa perih, nyeri epigastrium, adanya perdarahan/muntah darah, nyeri setelah/sebelum makan**
- **Riwayat penyakit sekarang : nyeri perut, pusing, mual, muntah, nafsu makan menurun dan kembung**
- **Kebiasaan yang dialami : peminum alkohol, suka minum kopi/teh panas, perokok**
- **Kebiasaan makan sedikit, terlambat makan pedas, mengandung gas/asam**
- **Kebiasaan bekerja keras : penyebab makan tak teratur**
- **Penggunaan obat-obatan tan resep dokter : aspirin, analgesik, steroid**
- **Menjalankan diet ketat**

Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Pencernaan : Gastritis

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

- **Kebiasaan kurang menjaga kebersihan, pemakaian obat yang mengiritasi lambung, intake makanan yang kurang menjaga kebersihan, tidak dimasak dahulu dan sering makan yang terkontaminasi bakteri**
- **Makan tidak teratur**
- **Rasa nyeri pada daerah lambung**
- **Pemeriksaan fisik :**
 - **Inspeksi : pucat, lemah, adanya perdarahan, mual dan muntah, berat badan menurun, keluar keringet dingin**
 - **Palpasi : nyeri tekan kuadran kiri atas, nyeri epigastrium, turgor turun**
 - **Auskultasi : terdapat peningkatan bising usus**
 - **Perkusi : terdengar suara tympani (kembung)**

Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Pencernaan : Gastritis

DIAGNOSA KEPERAWATAN

- 1. Nyeri akut berhubungan dengan peradangan mukosa lambung akibat peningkatan atau penurunan HCL ditandai dengan pucat, lemah, keluar keringat dingin dan menyeringai kesakitan menahan nyeri**
- 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan yang kurang ditandai dengan mual, muntah, mata cowong, turgor kulit menurun dan lemas**
- 3. Nausea**

Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Pencernaan : Gastritis

INTERVENSI KEPERAWATAN

Nyeri berhubungan dengan peradangan mukosa lambung akibat peningkatan atau penurunan HCL ditandai dengan pucat, lemah, keluar keringat dingin, dan menyeringai kesakitan menahan nyeri

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan nyeri berkurang (1-2).

Kriteria Hasil: pasien mampu mengontrol nyeri dan pasien melaporkan nyeri berkurang.

Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Pencernaan : Gastritis

INTERVENSI KEPERAWATAN

Intervensi	Rasional
1. Observasi skala nyeri (1-5) dan PQRTS.	1. Mengkaji skala nyeri secara berkelanjutan membantu atau mengevaluasi perkembangan penanganan yang diberikan
2. Observasi ekspresi pasien.	2. Untuk mengevaluasi perkembangan nyeri pasien
3. Bantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman dan gunakan bantal untuk menyongkong bagian yang sakit jika diperlukan.	3. Untuk menurunkan spasme otot, untuk mendistribusikan kembali tekanan pada bagian yang sakit.
4. Anjurkan pasien untuk sering istirahat tanpa di ganggu.	4. Untuk meningkatkan kesehatan, kesejahteraan dan meningkatkan energi
5. Ajarkan pasien cara manajemen nyeri non farma	5. Untuk mengurangi nyeri dengan menurunkan ketergantungan obat
6. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain (dokter) dalam pemberian obat analgesik	6. Untuk pengurangan nyeri yang adekuat

Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Pencernaan : Gastritis

INTERVENSI KEPERAWATAN

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan yang kurang ditandai dengan mual, muntah, mata cowong, turgor kulit menurun dan lemas.

Tujuan: setelah dilakuakn asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien mendapatkan nutrisi yang adekuat (1 porsi makanan)

Kriteria.Hasil: pasien mengalami peningkatan BB, pasien mampu menghabiskan 1 porsi makanan yang dianjurkan oleh ahli gizi, mukosa bibir lembab.

Intervensi	Rasional
1. Observasi dan catat asupan pasien.	1. Untuk mengkaji penyebab gangguan dalam pemenuhan nutrisi secara awal
2. Anjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering	2. Untuk mengurangi erasaan tegang pada lambung
3. Anjurkan pasien dan keluarga untuk makan bersama	3. Untuk meningkatkan nafsu makan pasien
4. Ajarkan pada pasien dan keluarga cara perawatan gigi dan mulut	4. Untuk menjaga kebersihan mulut pasien sehingga nafsu makan pasien meningkat
5. Kolaborasi dengan tim kese-hatan (ahli gizi) dalam pemenuhan gizi pasien	5. Untuk meningkatkan nutrisi yang adekuat.
6. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain (dokter) dalam mengatasi sensasi mual-muntah.	6. Untuk mengurangi sensasi mual-muntah

Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Pencernaan : Gastritis

INTERVENSI KEPERAWATAN

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan yang kurang ditandai dengan mual, muntah, mata cowong, turgor kulit menurun dan lemas.

Tujuan: setelah dilakuakn asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien mendapatkan nutrisi yang adekuat (1 porsi makanan)

Kriteria.Hasil: pasien mengalami peningkatan BB, pasien mampu menghabiskan 1 porsi makanan yang dianjurkan oleh ahli gizi, mukosa bibir lembab.

Intervensi	Rasional
1. Observasi dan catat asupan pasien.	1. Untuk mengkaji penyebab gangguan dalam pemenuhan nutrisi secara awal
2. Anjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering	2. Untuk mengurangi erasaan tegang pada lambung
3. Anjurkan pasien dan keluarga untuk makan bersama	3. Untuk meningkatkan nafsu makan pasien
4. Ajarkan pada pasien dan keluarga cara perawatan gigi dan mulut	4. Untuk menjaga kebersihan mulut pasien sehingga nafsu makan pasien meningkat
5. Kolaborasi dengan tim kese-hatan (ahli gizi) dalam pemenuhan gizi pasien	5. Untuk meningkatkan nutrisi yang adekuat.
6. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain (dokter) dalam mengatasi sensasi mual-muntah.	6. Untuk mengurangi sensasi mual-muntah

